



Formulario de ingreso del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

N.º de RM: _____ Fecha de servicio: ____/____/____

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Hispano
- Originario de Hawái u otra Isla del Pacífico
- Caucásico (no hispano)
- Otro

¡Bienvenido a Metropolitan Pediatrics! Tómese el tiempo para llenar este formulario de la manera más exacta posible para que podamos responder de la manera más adecuada las necesidades de salud de su hijo. ¡Gracias!

Antecedentes del nacimiento – embarazo:

- ¿La madre: fumaba? Sí No
- ingería alcohol? Sí No
- usaba drogas/medicamentos? Sí No
- Si la respuesta es sí, ¿de qué clase?* _____
- _____
- experimentó enfermedad/complicaciones? Sí No
- Si la respuesta es sí, ¿de qué clase?* _____
- _____

Historial del nacimiento – parto/periodo de recién nacido:

- Tipo de parto: Vaginal Cesárea
- Edad gestacional: _____ Peso al nacer: _____
- Fecha de administración de la vacuna contra la hepatitis B: ____/____/____
- Dificultades en el periodo de recién nacido: _____
- _____
- _____

Historia médica del paciente:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Escoliosis |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedades inflamatorias del intestino | <input type="checkbox"/> Infección de garganta (recurrente) |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/oncología | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Otitis media | <input type="checkbox"/> Infección de las vías urinarias |
| <input type="checkbox"/> Trastornos alimenticios | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Varicela |
| <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | | |
- Otros: _____
- _____

Historial quirúrgico del paciente:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Adenoidectomía | <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Biopsia de nódulos linfáticos |
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía | <input type="checkbox"/> Cirugía por fractura | <input type="checkbox"/> Amigdalotomía |
| <input type="checkbox"/> Circuncisión | <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón | <input type="checkbox"/> Tubos en los oídos |
| <input type="checkbox"/> Labio leporino | <input type="checkbox"/> Corrección de hernia | <input type="checkbox"/> Hernia umbilical |
| <input type="checkbox"/> Paladar hendido | <input type="checkbox"/> Hernia inguinal | <input type="checkbox"/> Cirugía por testículo no descendido |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cosmética | | |
- Otros: _____
- _____

